枚目/　　枚

医療機器査定依頼書

リサイクルポイント東京（株）宛

FAX送信先 ⇨ 042-629-9242

TEL：042-662-7881　営業時間 10:00～19:00 （土日/祝日定休）

依頼日 ： 平成　　年　　月　　日

ふりがな	ふりがな		
病院・施設・貴社名	ご担当者名		
ご住所 〒	電話番号	ー	ー
	携帯番号	ー	ー
※E-mail	FAX番号	ー	ー

売却ご希望機器につきまして

機器名	売却ご希望時期	売却ご希望金額
	すぐに　・　年　月頃	￥
メーカー名	購入年月 / 使用年数	購入価格
	月　日 / 年間	￥
型　式	購入時の状況	取扱説明書
	新品 ・ リース ・ 中古	有 ・ 無
製造番号	動作や外観に不具合はございますか？	
付属品やオプション等がございましたら、ご記入ください。		

搬出時のご確認

設置場所	エレベーター	段差・障害物	段差・障害物　有の場合、詳細をお知らせください。
階	有 ・ 無	有 ・ 無	
駐車場	搬出に必要な人数（目安）	機器設置住所（上記住所と異なる場合のみ記載してください）	
有 ・ 無	人		

その他・ご要望・ご希望のご連絡方法等がございましたら、ご記入ください。

※お買取りできない機器もございますので、予めご了承いただけましたら幸いです。